



AVIS DE SINISTRE
ASSURANCE-MENAGE DIRECTA

Veillez laisser vide
Rückstellung: ..... SB: .....
Schadenort: ..... Ursache: .....
Art: ..... Pool: .....
Datum / Visum: .....

N° de police: .....
N° de sinistre: .....

Personne assurée
Nom/Prénom: ..... Profession: .....
Adresse: ..... NPA/Localité: .....
N° de téléphone durant la journée: ..... N° de tél. privé: .....
Adresse électronique: .....
Compte postal/bancaire:.....

Incendie / Evènements naturels Vol Eaux Bris de glaces Casco Home Assistance

1. Date du sinistre ..... Heure .....
Lieu du sinistre (adresse/NPA/Lieu/Localité)
.....
.....

2. Cause du sinistre (déroulement et faits précis, éventuellement joindre une esquisse et des photos)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Un constat officiel a-t-il été effectué ? oui non
Poste de police/Service officiel:

4. Question concernant l'assurance incendie et eaux
4.1 Quelles mesures de sauvetage ont-elles déjà été prises?
4.2 Où les objets endommagés peuvent-ils être inspectés?
4.3 Quelqu'un est-il responsable du sinistre ? oui non
Nom/adresse/NPA/localité/numéro de téléphone: .....





**AVIS DE SINISTRE  
ASSURANCE-MENAGE DIRECTA**

**8. Autres assurances**

Disposez-vous d'autres couvertures d'assurance pour les mêmes objets et risques?  oui  non

Lesquelles? ..... Société: .....

Le propriétaire/gérant du bâtiment dispose-t-il des assurances suivantes?  oui  non

Responsabilité civile/Entreprise: ..... Eaux/Entreprise: .....

**9. Remarques**

.....  
.....  
.....

Visana Assurances SA est autorisée à consulter tous les dossiers concernant ce cas de sinistre (y compris les dossiers pénaux) Par sa signature, la personne assurée confirme la véracité des indications présentes. Par votre signature, vous autorisez Visana Assurances SA à se procurer, auprès d'autres assureurs, tous les renseignements relatifs aux contrats d'assurance ayant existé ou existants ainsi qu'aux sinistres qui ont été annoncés.

Veillez renvoyer l'avis de sinistre dûment rempli à l'adresse ci-dessous. Pour les cas graves, nous vous prions de nous téléphoner dans les plus brefs délais.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée